

UM CASO DE MORTALIDADE DIFERENCIAL URBANA: A LISBOA DOS SÉCULOS XVI A XIX

Teresa Maria F. Rodrigues

A forma como a morte foi sendo encarada ao longo dos séculos e das diferentes sociedades apresenta variações muito significativas, que se reflectem também de modo diferenciado, consoante os níveis culturais dos grupos em que as mesmas se extratificam.

No entanto, para além das várias percepções que dela possui o homem do passado, as formas da morte apresentam em si mesmas características de base, que se mantêm praticamente inalteráveis até à plena dissolução do mecanismo típico das sociedades de Antigo Regime demográfico, o que em Portugal ocorre já neste século.

Com efeito, os níveis da mortalidade ao longo dos séculos XVI e XIX, objecto da presente reflexão, variavam em termos de intensidade, sazonalidade, causas, efeitos e grupos de maior ou menor risco, de acordo com um modelo há muito estabelecido e que nem alguns escassos progressos verificados na ciência médica e nas condições de saúde colectiva conseguiram alterar em definitivo. Porém, os níveis globais que caracterizam esta variável microdemográfica pouco nos esclarecem quanto às suas diferentes formas e real impacto, até porque as mudanças foram quase imperceptíveis.

Em cerca de quatrocentos anos a cidade de Lisboa modifica-se a vários níveis, mas só no final de Oitocentos parecem emergir os primeiros indícios de mudança na relação do Homem com a morte, que difere

ainda de acordo com as características específicas do meio. Esta diversidade justifica a escolha da capital do Reino para objecto de estudo, dada a sua especificidade no contexto nacional, mas também a importância e o peso demográfico que representa em relação ao todo nacional (5 a 9% da população do continente).

Assim, decidimos analisar a mortalidade quotidiana na cidade de Lisboa tomando quatro dos principais indicadores sobre as suas formas e ritmos: a sua desigual incidência de acordo com os sexos e as idades, o impacto dos factores exógenos de tipo socioeconómico e características urbanísticas, a influência das condições climáticas nos ritmos sazonais que apresenta e, por fim, a relação entre idades, sexos e respectivas causas de morte.

Numa segunda parte será destacada a questão da mortalidade catastrófica, no que ela encerra de diferenciável quanto aos grupos etários e socioeconómicos atingidos.

*** Lisboa, a grande cidade**

No século XVI, Lisboa era já, indiscutivelmente, a grande cidade do Reino e a única comparável em número de habitantes a outras cidades europeias. Cabeça macrocéfala de um Império muito vasto, que só no início de Oitocentos sofre o primeiro grande golpe com a independência do Brasil, ao longo dos séculos da modernidade a capital só parcialmente reflectiu as vicissitudes com que se defrontou o resto do território, dada a originalidade do seu crescimento e o poder de atracção que sempre, e desde muito cedo, exerceu. Não raro ela cresceu um pouco à margem do País e à sua custa. País ao qual, aliás, por vezes parecia voltar costas.

Quando sublinhamos a originalidade da evolução populacional da capital portuguesa, é fácil apontar algumas das razões que a justificam. Em primeiro lugar o facto do comportamento demográfico das populações urbanas ter tido em todas as épocas aspectos distintos do verificado em zonas rurais. Esta afirmação é válida em Lisboa como em qualquer outra cidade e é causada basicamente pelas perturbações devidas à intensidade dos movimentos migratórios internos, que condicionavam a estrutura etária e por sexos da população aí residente, bem como as suas formas de vivência quotidiana. Os habitantes urbanos só parcialmente reproduziam os comportamentos das suas terras de origem, alterando-se o modo como encaravam os fenómenos da nupcialidade, fecundidade e também mortalidade.

Por outro lado, e em segundo lugar, a especificidade das condições de sobrevivência nos grandes centros populacionais do passado condicionaram também as formas e características da mortalidade. Torna-se impossível equacionar os traços principais dessa variável, sobretudo ao nível das causas de morte, sem que sejamos confrontados com sucessivos e periódicos anos de crise. Os picos frequentes do número de óbitos e ainda os anos de saldo fisiológico negativo testemunham esse facto. No entanto, as cidades cresciam, devido à intensidade dos fluxos migratórios.

Com efeito, ao longo dos séculos as urbes continuaram a maltratar os seus residentes, mas uma maior flexibilidade económica mantinha-as como pólos de atração de indivíduos provenientes de áreas cada vez mais distantes e Lisboa, a grande cidade portuguesa, é um dos melhores exemplos dessa tendência.

1. A morte quotidiana

Os níveis da mortalidade dita normal eram bastante elevados. Na Época Moderna por cada mil indivíduos morriam anualmente trinta a quarenta. Tal facto contribuía para limitar o ritmo de crescimento global da população, e determinava esperanças de vida à nascença muito baixas, em torno dos 30 anos. Estes valores escondem, no entanto, uma enorme variedade de situações e lançam-nos na questão da desigualdade face à morte.

Com efeito, inúmeros condicionantes podiam interferir e alterar pontualmente os indicadores microdemográficos. Determinadas conjunturas politicamente instáveis, diferenças de vida no campo e na cidade, maior actividade laboral da mulher em certas zonas urbanas, percentagens elevadas de população em idade activa e menos crianças, mais homens que mulheres. Vejamos alguns desses sintomas de desigualdade. (Rodrigues, 1990)

*** As idades da morte**

Ao longo da sua vida cada indivíduo contribuía para a manutenção dos altos níveis da mortalidade, de acordo com um modelo em que os factores idade e sexo eram determinantes e que pouco se altera até à primeira fase de transição demográfica.

A mortalidade infantil ceifava cerca de um quarto dos nascidos antes de completarem o primeiro ano de vida. Embora menores, os

níveis da variável eram também muito elevados nos anos subsequentes, pelo que só cerca de metade das crianças completava os 7 anos de idade. Depois o ritmo da morte diminuía, atingindo valores mínimos entre os 10 e os 15 anos. A mortalidade feminina elevava-se em seguida, devido aos óbitos provocados por complicações durante os sucessivos partos. Mais tarde, a partir dos 40 anos de vida, eram os elementos masculinos que evidenciavam uma sobremortalidade própria e constante, aumentando progressivamente a diferença face às mulheres. Em ambos os sexos a intensidade da morte era muito forte nos escalões etários superiores a 50 anos.

*** O meio condicionante**

Os indícios de desigualdade face à morte eram mais evidentes nas camadas etárias intermédias, uma vez que, pelo menos até final do século XIX, não serão alterados os níveis da mortalidade infantil (menores de 1 ano) e juvenil (menores de 10 anos), permanecendo diminuto o número de idosos (maiores de 55 anos) face à população total.

A riqueza ou mesmo a condição socioeconómica e o local de residência eram desde logo factores que sugeriam diversas probabilidades de sobrevivência. Nas grandes cidades as gentes morriam em maior número e mais cedo, mas era também nesses espaços que se verificava a maior diversidade de situações.

Dentro de uma mesma urbe era possível encontrar bairros com condições sanitárias e de salubridade muito diferentes. Nas zonas nobres, mais espaçosas e limpas, residiam os grupos abastados, possuidores também de melhor resistência física, devida a uma dieta alimentar mais rica. Esses bairros apresentavam melhores condições para isolar e tratar eventuais residentes afectados por alguma doença contagiosa. Os seus habitantes tinham maiores probabilidades de escapar a certo tipo de males, sobretudo os de índole contagiosa, porque lhes era mais fácil a fuga e o isolamento em locais não infectados.

A análise dos principais indicadores das causas de morte epidémica permitem verificar como, a partir do século XVII, se acentuaram na cidade de Lisboa as características diferenciais segundo o extracto social e económico. As grandes causas de sobremortalidade colectiva passam a estar cada vez mais ligadas aos grupos de imigrantes e aos extractos mais baixos, que residiam nos bairros populares e onde era mais gritante a promiscuidade, a humidade, a falta de aquecimento, de

água e de esgotos. No mundo rural as diferenças sociais actuavam de forma menos evidente e perceptível, sendo maior a dependência face ao passar das estações. (Crespo, 1990)

O ritmo da morte era também acelerado pelas más condições sanitárias individuais e pela debilidade dos corpos, na cidade como no campo. Um exemplo flagrante é dado pela grande quantidade de óbitos causados por gangrena, que se acredita fossem facilitados por uma alimentação desequilibrada, que dificultava a cicatrização das feridas. O mesmo princípio explicava o número de mortes atribuídas a recaídas de catarrros, gripes, pneumonias e febres diversas, tanto mais vulgares quanto maior a penúria dos grupos sociais atingidos.

Com efeito, grande parte da população vivia num estado geral de depressão física que facilitava a propagação de certos males, agravando-lhes a respectiva virulência. Desde a mais tenra idade as crianças seguiam o regime alimentar dos adultos, factor que seria responsável por grande parte dos óbitos entre os de menor idade, afectando para sempre a sua robustez física.

*** A influência do clima**

A morte apresentava um carácter cíclico. Todos os anos as mesmas causas, nos mesmos meses, vitimavam os mesmos grupos etários e sociais. No entanto, as maiores preocupações das autoridades sanitárias (nomeadamente através dos Pelouros da Limpeza e da Saúde pertencentes à Câmara) pareciam ocorrer na época estival, talvez porque as principais vítimas eram então as crianças e mais gritantes os efeitos dessas mortes no desenvolvimento da sociedade. É forçoso lembrar as políticas claramente populistas que caracterizam este período, ao nível dos teorizadores sobre os temas ligados à população: "*uma Nação forte é aquela que possui muitos súbditos*".

No campo assinalavam-se dois grandes picos de mortalidade, um invernal e um estival. No primeiro caso, o frio juntava-se à habitual escassez alimentar, provocando nos indivíduos de certa idade, mal agasalhados e nutridos, infecções de tipo bronco-pulmonar. No segundo momento, sobretudo entre Julho e Setembro com um máximo em Agosto, decorria o que alguns designaram por *massacre dos inocentes*. O enfraquecimento da lactação e dos cuidados maternos na época alta das fainas agrícolas, a ingerência de produtos alimentares impróprios e de águas contaminadas favoreciam a propagação de surtos epidémicos por vezes violentos, como no caso das febres de origem tifóide. As vítimas eram as crianças, mas não só elas.

A doença aliava-se a preços especulativos e à escassez de produtos básicos, provocando bruscos aumentos no nível normal da mortalidade em todas as camadas etárias. Nesta visão esquemática, a época benigna decorria entre finais da Primavera e inícios do Verão, sendo Junho por norma o mês de menos mortes. (Rodrigues, 1990)

Nos centros urbanos, a relação entre o homem e o meio efectuava-se de forma menos linear, por interferência de aspectos vários, como as densidades de povoamento, a mobilidade populacional ou a precaridade das condições de existência em certas zonas. Estes e outros factores alteravam o comportamento da morte, tal como ele se definia nas sociedades agrárias. Por outro lado, e como já vimos, nas cidades era menor a percentagem dos primeiros e últimos grupos etários, já que a imigração privilegiava a vinda de gente em idade activa, diluindo as oscilações sazonais, por que eram grandes responsáveis as camadas mais jovens e as mais idosas.

*** As causas de morte**

Até final do século XIX a medicina debatia-se numa extrema confusão, em termos de diagnóstico, tratamento da doença e, por maioria de razões, no momento da morte, o que nos impede de calcular em termos estatísticos a importância das grandes causas de morte nas sociedades do passado.

Sabe-se, porém, que no Verão a maioria dos óbitos tinha origem em febres e complicações de foro intestinal, com efeitos dramáticos nas crianças. No Outono os níveis da mortalidade subiam, não só devido a recaídas de doenças anteriores, como a problemas originados pelas longas exposições ao sol a que no campo se sujeitavam os trabalhadores. Vinha por fim o Inverno, e com ele as mortes causadas por anginas, catarros, hepatites, peripneumonias, pleurizes e reumatismos. As infecções pulmonares aumentavam, bem como as febres de origem desconhecida.

As principais causas de morte dos residentes urbanos eram semelhantes. No caso de Lisboa a consulta das séries paroquiais de óbito permite-nos aprofundar um pouco estas ideias genéricas, já que alguns párocos mais meticolosos incluíram as causas de morte nos registos. O estudo dessa informação dá-nos a conhecer os grandes grupos de doenças mortíferas na cidade entre os séculos XVI e XIX, embora as informações sejam mais abundantes nos últimos cem anos. Nelas sobressaem a tísica, a malina, as apoplexias e as febres indiscrimina-

das. Eram comuns as febres tifóides, as moléstias de peito e as inflamações agudas em órgãos diversos. Os idosos, grupo que agrega todos os indivíduos com mais de 55 anos, eram vitimados por hidropsias, apoplexias, cancros, gangrenas e inflamações crónicas.

No grupo infantil e juvenil destacavam-se como factores de maior letalidade as febres, o sarampo, as complicações na fase da dentição e as lombrigas, seguindo-se todo um conjunto de outras doenças próprias da infância, quase sempre com carácter contagioso. Era o caso da escarlatina, também conhecida por febre vermelha, das bexigas, da tosse convulsa, das desinterias e das diarreias. Os óbitos provocados por anginas, escrófulas e hidropsias cerebrais eram também vulgares.

Globalmente, no princípio e no fim da vida as doenças mortais encontravam-se com frequência ligadas a complicações nos aparelhos nervoso e respiratório, o que se justifica por todos os factores exógenos já enunciados. (Rodrigues, 1995)

2. A mortalidade extraordinária

Com origens e efeitos diversos, as crises de mortalidade que regularmente atingiram a capital tiveram ao longo destes séculos características semelhantes. (Rodrigues, 1990 e 1995; Barata, 1988) As sobremortalidades estiveram quase sempre aliadas a períodos adversos, em termos políticos e sobretudo económicos, mas as mais gravosas continuaram a ter origem epidémica. Com efeito, manteve-se estreita a relação entre crise e epidemia, embora ela se estabeleça em termos cada vez mais indirectos. A elasticidade e a coesão do mercado nacional permitiram em certos momentos debelar ou minorar potenciais focos de crise, mediante o recurso à importação de alimentos essenciais para os núcleos infectados, problema que em Lisboa só na 2ª metade de Oitocentos parece ter sido resolvido, embora se tornasse progressivamente menos gravoso à medida que avançamos no tempo.

Mas as características da mortalidade extraordinária também se foram alterando. As grandes crises que atingiram Lisboa no século XVI foram muito violentas, mas distantes entre si, ao contrário do que virá a acontecer a partir do início de Seiscentos. Alteraram-se as características das epidemias, que a partir de então tomam um carácter quase endémico, e também as suas formas de distribuição pelas várias zonas da cidade. Elas surgem ligadas às características de concentração populacional, às condições de salubridade e alojamento, bem como ao nível socioeconómico da maioria dos seus residentes. No fundo, referi-

mo-nos aos mesmos factores de diversidade que já condicionavam os níveis considerados normais dessa variável.

Ao confrontarmos o número de anos de sobrevivência com os restantes obtemos resultados que indiciam a progressiva selectividade da morte extraordinária, embora a qualidade das séries esbata parte dessas diferenças pelo menos até meados do século XVII.

Com efeito, até Setecentos, a mortalidade de crise foi mais frequente nos bairros centrais da capital, contrastando com a relativa salubridade das freguesias mais afastadas, como eram as dos Anjos, Arroios ou São Sebastião. O crescimento urbano, realizado junto ao Tejo e para ocidente, origina valores de sobrevivência bastante elevados nas freguesias ribeirinhas. Eles tendem a agravar-se no século XIX, altura em que essa zona sofreu uma verdadeira mudança em termos de povoamento. Causaram-na a intensidade da imigração, provocada pelo arranque industrial e a consequente fixação rápida de efectivos, o que poderá ter provocado um relativo agravamento das condições de vida dos aí residentes.

De facto, quando chegamos a Oitocentos alteram-se algumas regras no que respeita à mortalidade extraordinária, enquanto outras se acentuam. As subidas excessivas da mortalidade tornam-se muito frequentes nos locais de maior insalubridade, causada por condições naturais deficientes: falta de água no Verão, proximidade do Rio e dos dejectos nele vertidos, agravadas por fortes densidades populacionais. O mesmo acontece em zonas de localização de hospitais, quartéis, cadeias e conventos, onde o ajuntamento de indivíduos favorecia o aparecimento e propagação de doenças contagiosas de índole diversa.

No decorrer do século XIX, à medida que Lisboa crescia demograficamente a ritmos acelerados, a mortalidade extraordinária penalizava cada vez mais as freguesias situadas nos limites geográficos da capital, a norte e leste, que constituíam o receptáculo privilegiado dos imigrantes que a Lisboa afluíam e cujas fracas posses impediam a fixação nos bairros próximos do centro funcional.

Por seu turno, as áreas nobres, nomeadamente as situadas entre a Sé e o Castelo e na Baixa, foram as menos atingidas por sobrevivências, excepto quando as causas geradoras de crise tiveram um claro pendor contagioso que atacou a população de modo indiscriminado (caso da febre amarela do ano de 1857 e de certas incursões de tifo).

As freguesias rurais do termo foram então as mais poupadas. Nelas eram criados os filhos das melhores famílias e era também para elas que se fugia nos momentos de crise, em busca de melhores ares. As

características de povoamento disperso em quintas e pequenas aldeias, minoravam os perigos de contágio.

É assim possível verificar como, à medida que avançamos no tempo, aumenta a selectividade da morte e se agravam as discrepâncias entre as várias zonas ou bairros. As diferenças acentuaram-se em momentos de crise económica e instabilidade político-militar, como foram grande parte do século XVII e as sucessivas décadas ocupadas com as guerras liberais, mas também quando Lisboa passou a aumentar muito rapidamente, sobretudo a partir do final dos anos 60 do século passado.

Com efeito, as alterações rápidas causadas por fenómenos migratórios de sentido contraditório (saída e entrada de população) influenciaram os níveis da mortalidade urbana, já que em ambos os casos incidiram em grupos socioeconómicos específicos e em áreas concretas do espaço urbano.

Os migrantes constituíram um grupo de risco em si mesmos e em relação aos demais residentes, não apenas enquanto portadores de doenças, mas por possuírem poucas defesas contra um meio que era claramente hostil para os recém-chegados, quase sempre oriundos de grupos desfavorecidos em termos económicos e de fraca constituição física. Não é por acaso que os níveis da mortalidade normal foram mais elevados nas zonas privilegiadas para a fixação dos imigrantes. (Rodrigues, 1995) Durante a Época Moderna estes indivíduos fixam-se em áreas próximas do núcleo antigo de povoamento (bairros populares de Alfama e Mouraria, mais tarde o Bairro Alto), depois cada vez mais longe, à medida que o montante das rendas os impede de encontrar alojamento no centro da cidade.

A cartografia das crises nestes quatrocentos anos permite traçar o quadro da desigualdade interna face à mortalidade extraordinária, cujos primeiros indícios remontam ao século XVII, mas que se consolidam nas duas centúrias imediatas. Ao assinalar em cada caso as zonas que escapam às crises desenha-se um movimento que progressivamente se desloca do centro para a periferia, considerada sob a forma de anel em torno do núcleo antigo de povoamento, onde ocorre até meados de XIX o maior número de crises localizadas. Na 1ª metade de Oitocentos são ainda mais agravados os bairros de grande densidade populacional, como o Castelo, Alfama, Mouraria e Bairro Alto, mas a partir de 1850 as áreas mais afectadas foram as de maior crescimento populacional, afastadas do centro, onde residia a maioria dos trabalhadores não qualificados.

A periodização referida é também justificada pela afinidade entre o número total de anos de mortalidade normal e os de crise registados nas séries. Ao longo dos séculos aumenta percentualmente o número de crises, mas decresce a sua violência, mesmo nas áreas que continuaram a ser as mais penalizadas. Na 2ª metade de Oitocentos desaparecem as sobremortalidades de forte intensidade, enquanto aumenta a sua duração. É maior o número de atingidos e menor a intensidade. No entanto, esta última cresce à medida que nos afastamos do centro. Ao terminar o século, nos espaços em franca expansão populacional, as crises de forte intensidade representavam 28,1% do total, contra os 17,9% registados na Baixa, zona residencial das gentes com maiores posses. Estes valores reflectem diferentes probabilidades de morte segundo o local de residência no espaço urbano, alargado e porventura agravado nos períodos de sobremortalidade. Embora existente desde o século XVI, a diferença entre zonas pobres e ricas acentua-se lentamente e poderia ter dificultado em certas épocas a recuperação dos efectivos, não fora a frequente benignidade da morte extraordinária e sobretudo a contínua imigração, que colmatava os saldos fisiológicos, quantas vezes negativos, registados pelos organismos de estatística oficial.

*** Conclusão**

Num espaço em que o homem se debatia com um meio que lhe era claramente hostil, e em relação ao qual se reconhecia em franca desvantagem, é possível encontrar gradações diversas nos termos em que se estabelecia essa dependência.

Ao longo dos quatro séculos em questão foram mínimas as alterações face aos níveis e características que apresentava a mortalidade, de todas a mais temida das variáveis microdemográficas, embora se fossem quase imperceptivelmente afirmando algumas diferenças entre os grupos que formavam a sociedade lisboeta.

Tal como acontecia por toda a parte, o residente urbano confrontava-se com o imponderável da morte, manifestada no tipo de virulência própria de certas doenças em determinadas épocas do ano ou na maior letalidade dos males que atacavam em certas idades mais frágeis, sobretudo as crianças e os idosos. Mas essa ligação entre o homem e a morte nunca foi directa nem pacífica, já que sempre existiram formas de combate aos efeitos dessas causas letais. Embora se reconheça a reduzida eficácia dos avanços da ciência médica, é impossível deixar de reconhecer o esforço feito para impedir o triunfo das mesmas.

Um Caso de Mortalidade Diferencial Urbana

Dessa forma, poderemos aceitar que a relação entre homem e os males que o afrontavam foi sendo cada vez mais indirecta. Ela viu-se mediatizada por medidas preventivas e profilácticas de alcance individual e colectivo. No entanto, ela também variou consoante os grupos em causa. Neste ponto se estabelecem as raízes da desigualdade face à morte, criando discrepâncias cada vez mais acentuadas entre as diferentes zonas da capital, onde residiam indivíduos de extractos igualmente vinculados por diferentes quotidianos, diferentes níveis de resistência física, diferentes condições de alojamento, de alimentação, de vestuário e de acesso a cuidados médicos.

Estas marcadas diferenças no interior do espaço urbano estão sempre e cada vez mais presentes no contacto atribulado e conflituoso do homem com a morte, em todas as suas vertentes.

Lisboa, Dezembro de 1995.

Bibliografia

- BARATA, Ana M. dos Santos Temudo, 1988, *As Crises de Mortalidade em Lisboa no século XVIII*, dissert. de Mestrado em Demografia Histórica e Social, F.C.S.H. – UNL., Lisboa
- CRESPO, Jorge, 1990, *A História do Corpo*, Col. Memória e Sociedade, Difel, Lisboa.
- DEL PANTA, Lorenzo, 1980, *Le epidemie nella storia demografica italiana (secoli XIV-XIX)*, Loescher Ed., Turim
- DUPÂQUIER, Jacques, 1979, *La population rurale du bassin parisien à l'époque de Louis XIV*, Lille
- DUPÂQUIER, Jacques, 1979, "L'analyse statistique des crises de mortalité" in *Les Grandes Mortalités: étude méthodologique des crises démographiques du passé* (Hubert Charbonneau e André Larose), Liège
- LIVI-BACCI, Maximo, 1984, "Crises de Mortalidade: definição, métodos de cálculo, análise de consequências", in *População e Sociedade. Evolução das sociedades pré-industriais*, Vozes, Petrópolis
- MOREIRA, Maria João, 1994, *Vida e Morte no Concelho de Idanha-a Nova*, Livros Horizonte, Lisboa
- RODRIGUES, Teresa, 1990, *Crises de Mortalidade em Lisboa, Séculos XVI e XVII*, Livros Horizonte, Lisboa
- RODRIGUES, Teresa, 1995, *Viver e Morrer na Lisboa Oitocentista (Migrações, Mortalidade e Desenvolvimento)*, Col. História, nº10, Ed. Cosmos, Lisboa
- RUFFIÉ, J. e Sournier, J. C., 1984, *Les Épidémies Dans l'Histoire de l'homme*, Flammarion, Paris